Aus dem gerichtsmedizinischen Institut des Hafenkrankenhauses Hamburg
(Leiter: Obermedizinalrat Dr. Koopmann.)

Ueber Fremdkörperverschlucken von Gefangenen.

Dissertation
zur Erlangung des Grades
eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät
der Hansischen Universität Hamburg

vorgelegt von

Volontärarzt Max Hubrich.

HAMBURG 1939

H. Schimkus, Hamburg 36, Gänsemarkt 35

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Referent: Obermedizinalrat Dr.Koopmann.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen
Fakultät der Hansischen Universität.

Goedel bringt in einer Veröffentlichung über Fremdkörperschlucker einen kurzen historischen Über - blick über die ersten Aufzeichnungen aus dem Gebiet des Fremdkörperschluckens (FKSn). Es werden haupt - sächlich Unglücksfälle gelentlich von Gauklerauftritten auf Jahrmärkten durch Abbrechen des geschluckten Degens beschrieben, u.ä. Diese Quellen greifen auf das 17.und 18.Jahrhundert zurück. Erst vor 90 Jahren wird der erste Fall von FKSn im Gefängnis erwähnt,der auch in zielbewusst selbstbeschädigender Absicht ausgeführt wurde. Es ist aber kaum anzunehmen,daß diese gefährliche Unsitte erst eine Errungenschaft jüngster Zeit ist. Abgesehen von den relativ seltenen Fällen, in denen auf Grund von Biertischwetten im Zu - stand beschränkter Verantwortlichkeit Gegenstände verschluckt werden, trifft man das beabsichtigte FKSn fast nur bei Gefängnisinsassen. Lediglich von einigen primitiven Völkern ist bekannt, dass sie zum Herbeiführen von Gottesurteilen Fremdkörper schlucken.

Das FKSn stellt in dem grossen Rahmen der Selbstverletzungen eine recht ausgefallene und primitive Art dar. Ich verweise auf die Veröffentlichungen über Selbstgeschädiger von Leppmann, Tintemann,Kaldewey u.a. .

Unter den kriminellen Selbstbeschädigungen sind 3 grosse Gruppen zu trennen:

1) Die militärischen: Sie spielen hauptsächlich im Kriege eine Rolle.
2) Die sozialmedizinischen: Versicherungsbetrug, gemäss § 263 St.G.B.
3) Selbstbeschädigungen Krimineller:
   Bei Nichtinhaftierten, um Verdacht abzulenken, oder Verhaftungsunmöglichkeit herbeizuführen;
   Bei Häftlingen, die den grössten Anteil der Fremdkörperschlucker stellen.

Aus einer Selbstbeschädigung an sich lässt sich kei - ne Diagnose auf den zugrundeliegenden Geisteszustand

der Täter stellen. Dass aber bei Selbstbeschädigern fast stets geistige Mangelzustände vorhanden sind, beweist die dem Gesunden abwegige, verschrobene Beziehung von Motiv, Instrument und Zweck. Den Psychopathe schlechthin veranlasst ein geringfügiger Beweggrund z absurden Tat. Auffällig ist bei ihr, mit welcher Härte dieser gegen sich selbst verfährt. Sie muss auf ei ne Abstumpfung des Gefühlslebens, eine Verminderung der Gesamtsensibilität, speziell bei FKSn auf eine Herabsetzung des Würgreflexes zurückgeführt werden.

Die auffallend häufige Rückfälligkeit in verhältnismässig geringfügige Straftaten und die trotz ehrlicher Versprechungen "solchen Blödsinn nicht mehr machen zu wollen" immer wiederkehrenden Selbstbeschädigungen sind bezeichnend für den Charakter dieser Persönlichkeiten. Es fehlt ihnen an Selbstdisciplin, und sie empfinden eine Haft mit ihrer strengen Regelmässigkeit schwer. Leppmann versucht diesen Zustand durch die Annahme zu erklären, dass sich unter dem Einfluss dieses Zwangszustands allmählich ein autistisches Denken entwickelt, bei dem die objektiven Masstäbe des Gegebenen schwinden und sich eine eigene Geisteswelt bildet, die sich in dumpfem Dahinbrüten, oder abnormer Reizbarkeit äussert.

Der Gedanke, Fremdkörper zu schlucken, entstammt wohl der Beobachtung, dass zufällig mit der Nahrung geschluckte harte Stückchen von dem Betreffenden selbst nur für kurze Zeit unangenehm empfunden werden (Feigheitsmoment), der Umgebung aber meist erheblicher Schrecken eingejagt wird (Mitleidsmoment). Die Möglichkeit des wirklich heldischen, das unter Umständen einer Selbstverstümmelung zu gehobenem moraischen Zweck zuerkannt werden kann (Mutius Scaevola, 507 v.Chr.), ist dem FKSn zu versagen.

Unbeabsichtigtes Verschlucken von FK ist kein seltenes Ereignis bei

Spielereien von Kindern mit Knöpfen, Geldstücken u.s.w. und Unachtsamkeit während der Nahrungsaufnahme.

Es werden Gräten und spitze Knochen verschluckt, die sich im Schlund einspiessen und beängstigende Zustände durch Verschwellung der Umgebung verursachen können

(Gefahr des Glottisödems). Auch übergrosse schlecht durchgekaute Nahrungsbissen (fast ausschliesslich Fleisch) können durch Einkeilung im Schlund, Kehlkopf und Oesophagus die Luftwege versperren und zum Erstickungstod führen (Bolustod). Die Sammlung der Anatomie des Hafenkrankenhauses Hamburg besitzt 13 derartiger Präparate. Ein weiterer hamburger Fall zeigt eine in den Kehlkopf geratene grosse Rolle Kautabak.

Unter besonderen Umständen können in den Schlund geratene kleinere Fremdkörper aspiriert werden, zu heftigsten Erstickungsanfällen führen und letztenendes eine Lungengangrän verursachen. Mitunter sind diese Unfälle von fremder Hand verursacht, z.B. vom Zahnarzt, vom Laryngologen. Die hamburger Sammlung enthält das Präparat eines im Bronchus sitzenden Stück Zahnersatzes. Diese Fälle sind sehr selten, müssen aber stets in Erwägung gezogen werden. Frühzeitige Röntgenaufnahme und ev. Bronchoskopie sind zur Sicherstellung der Lage des Fremdkörpers unbedingt erforderlich und können vor strafrechtlicher Verfolgung und Schadensersatzansprüchen bewahren.

Die Aufgabe vorliegender Arbeit ist, auf Grund eines grossen Materials einen Beitrag zum Problem des Fremdkörperschluckens in Gefängnissen zu liefern. Zur Verfügung stehen die Sammlung geschluckter Fremdkörper des Untersuchungsgefängnisses Hamburg (angelegt von Herrn Dr. Schaedel), das diesbezügliche Krankengeschichtenmaterial des dortigen Lazaretts und die Akten der Kriminalbiologischen Sammelstelle in den abgeschlossenen Jahrgängen 1930 - 1937 (74 Fälle) sowie die Fremdkörpersammlung der Anatomie des Hafenkrankenhauses in Verbindung mit den dazugehörigen Krankenberichten und Sectionsprotokollen (meist Fälle aus dem Untersuchungsgefängnis, dorthin in den Jahren 1922 - 1930 überwiesen) -43 Fälle-.

Dem hiesigen Untersuchungsgefängnis ist das Zentrallazarett klinischer Fälle für die norddeutschen Gebiete, mit Ausnahme Meklenburgs angegliedert. Hauptsächlich bestand Verbindung mit Bremen, Lübeck, Celle, ganz Oldenburg und Braunschweig. Seit der Verreichlichung am 1/4.37. wird das Lazarett des U.G. auf Grund von persönlicher Rücksprache mit dem Oberstaatsanwalt

bei dem Landesgericht beschickt.

Über die procentuale Häufigkeit der FKS zur Gesamtbelegzahl des Untersuchungsgefängnisses lässt sich aus meinem Material infolge der Beschickungsweise kein hinreichend sicherer Anhalt gewinnen. Der Umfang des Materials zeigt aber, dass das FKS in Hamburg häufig vorkam.

Geschlechtsverhältnis. Unter den 74 Fällen des U.G. sind nur 4 Frauen = 6%. Bei keiner bedingte die relative Leichtigkeit des Falls einen operativen Eingriff.

Alter. Es kommen alle Altersstufen 18.-60. Lebensjahr vor. Als mittleres Alter habe ich 29 errechnet. Massgeblich ist, in welchem Alter der Häftling zu schlukken beginnt, da in sehr vielen Fällen Wiederholungen vorliegen. Auffallend ist, dass mit höherem Alter bei Anfängern, oder mit zunehmender Wiederholung die Wahl der Gegenstände lebensgefährlicher wird. Während früher gerade die alten Knastologen immer wieder auf das FKSn verfielen, sind es in den letzten Jahren, dank den strengeren Massnahmen fast ausschliesslich Anfänger in der Gefängnislaufbahn.

Beruf. Gemäss der charakterlichen Unstetheit wurde von fast allen der Beruf mehrmals gewechselt. Zu einer abgeschlossenen Ausbildung hat es eigentlich keiner der FKS gebracht. (Berufsunsicherheit, ein Symptom von Psychopathie!).

Wiederholungsfälle. Goedel gibt über seine und ihm bekannten anderen Fälle (verhältnismässig kleines Material) etwa folgendes Verhältnis an: Es haben 50% mehrmals, 10% 2X, 5% IX geschluckt. In Anbetracht der Belegungsweise des Lazaretts und der dadurch mangelnden Übersicht über schon früher erfolgte, insbesondere spontan abgegangene verschluckte Fremdkörper, erscheint eine zahlengemässe Festlegung der Wiederholungsfälle nicht möglich. In den letzten Jahren sind diese Fälle erheblich zurückgegangen. Erwähnt sei der Fall 2444, in dem bei 6 maliger Wiederholung 4 mal operiert werden musste, und Fall UG1917 in dem bei 6 maligem Recidiv 6 mal eine Laparatomie nötig war.

Delikte. Das häufigste Delikt ist Diebstahl im Wiederholungsfall. Die Straftaten sind meist relativ gering.

Ein oft seitenlanges Strafregister charakterisiert die Persönlichkeit dieser FKSn. Zwei Kurven sollen die jährliche und monatliche Häufigkeit des FKSn zeigen.

Die erste Kurve zeigt den Anstieg von 7 Fällen des Jahres 1930 bis zu 12 des Jahres 1932 und ungefähr gleichmässigen Abfall bis 1937: 4 Fälle.

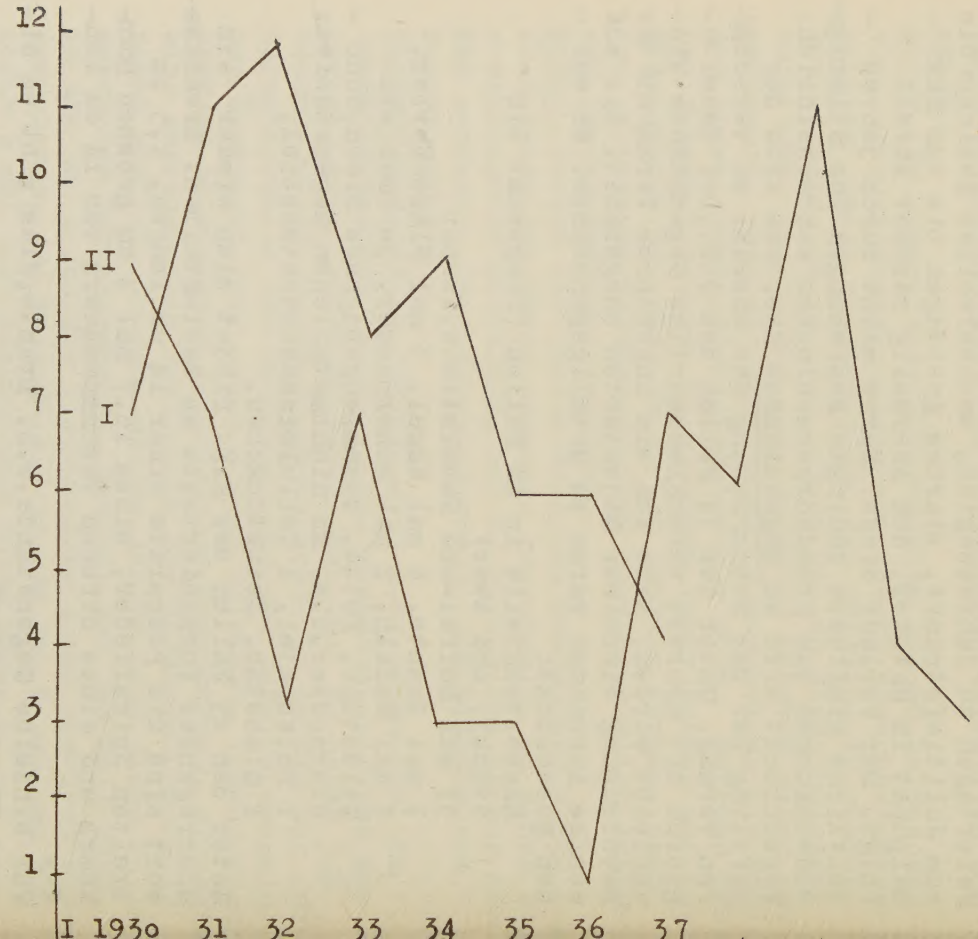
Die zweite Kurve stellt die durchschnittliche Zu- und Abnahme während der einzelnen Monate der letzten 7 Jahre dar. Man sieht starkes Hochschnellen nach den Feiertagen zu Jahresbeginn, wechselvolles Absinken bis zum Julitiefstpunkt, starkes Ansteigen bis zum Maximalpunkt im Oktober, dem abermalig rascher Abfall folgt. Der Verlauf dieser Kurve macht durch jahreszeitliche Einflüsse bedingte Beziehungen von Stimmungsschwankungen zum Fremdkörperschlucken wahrscheinlich. Verschluckt wird an Gegenständen das, was sich der Häftling bei der Beschränkung der Auswahl zu verschaffen vermag. Unter den 74 Fällen des U.G., bei denen zugleich oft mehrere verschiedenartige Gegenstände einverleibt wurden, habe ich ein ungefähres Verhältnis der Bevorzugung einzelner Objektarten ausgezählt. Bis auf wenige Ausnahmen waren es Metallgegenstände. Es wurden geschluckt:

Essbesteckteile in 48 Fällen (insgesamt 118 Stück), und zwar:
37 mal Löffel-und Gabelstiele, ferner
7 mal Drähte, 6 mal Nägel, 3 mal Glasscherben,
3 mal Nadeln, 2 mal Schermesser, je 1mal ein Geldstück, Kette, zusammengebogenes Blech, Schustermesser, u.a. An nichtmetallenen Gegenständen:
1 Holzspatel, 1 Celluloidzahnbürstenstiel,
1 Glasstab, Beinstückchen.

Unter den 43 Fällen des H.K. findet sich wieder ein überragender Vomhundertsatz an Bestekteilen. Erwähnenswert sind die Präparate einer 14 cm langen, 1,5 cm breiten Spiralfeder, eines 16,7 mal 4 cm grossen Hornkamms und eines offenen Taschenmessers von 14 cm Länge.

Für einzelne Gegenstände, z.B. Drähte, Glas gibt es eigene "Spezialisten".

Zur genaueren psychoanaltytischen Erforschung der Kriminellen wurde im Jahre 1928, zugleich mit dem


12
11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
II
I
I 1930 31 32 33 34 35 36 37

Zentrallazarett des U.G. eine kriminalbiologische Sammelstelle (Kr BS) errichtet. (Leiter: Reg.Med.Rat Dr. Meywerk) Insbesondere in letzten Jahren konnte diese durch stärkere staatliche Förderung sehr aufschlussreiche Arbeit leisten. Sie ist Zentrale für das nordwestdeutsche Gebiet, von dem auch das Lazarett beschickt wird. Der kriminalbiologische Dienst bezweckt, für die Strafrechtslehre und die Erb-und Rassenlehre des deutschen Volkes planmässig Wesensart, Erbanlage und Persönlichkeitsgestaltung der Gefangenen zu erforschen. Diese Ergebnisse beeinflussen massgeblich den Strafvollzug, sowie bevölkerungspolitische Entscheide, z.B. Ehetauglichkeitszeugnisse. Herr Dr.Meywerk hat eine bis zum Jahr 1802 zurückgreifende Kartei von Verbrechergenerationen angelegt, die nicht weniger als 250.000 Personen umfasst.

Aus dem Material der KrBS ergibt sich, dass bei den Fremdkörperschluckern ausnahmslos geistige Mangelzustände vorlagen. Eine scharfe Abgrenzung und Verweisung in einzelne psychische Krankheitsgruppen ist durch unklare Übergangsstadien sehr erschwert.

In den Aufzeichnungen der KRBS werden häufig psychopathischer Blick, Ohrmissbildung, Handschweiss, Erregungszustände bis zu Tobsuchtsanfällen, dann Affektlabilität und Willensschwäche und oft Minderintelligenz erwähnt. Familiengeschichtlich liegt in vielen Fällen geistige Minderwertigkeit vor, gekennzeichnet durch Geisteskrankheit eines Elters, oder näheren Verwandten, oft auch Säufertum. Mangelnde, oder ungenügende Erziehung spielt eine grosse Rolle. Bemerkenswert ist die immerwiederkehrende Bemerkung des Nikotinmissbrauchs. (Symptom von Psychopathie!, also nicht etwa Ursache von Verbrechen, oder gar FKSn).

Die FKS in Gefängnissen kann man in zwei Gruppen einteilen:

1) Geistesschwäche,
2) Psychopathen.

Die Geisteskranken spielen in Gefängnissen keine maßgebliche Rolle, sie gehören in Irrenhäuser. Die langsame Entwicklung einer Geisteskrankheit während der Haft ist allerdings beobachtet worden. Unsicher gelagerte Fälle sollen Irrenanstalten zur Beobachtung und

Begutachtung zugeleitet werden. Vergleiche Fall 3129! und Fall 1460. Beschreibung später.

Kaldewey betont, dass leicht schwachsinnige, triebenthemmte psychopatische Personen sich besonders durch massenhaftes Verschlucken auszeichneten. Sie sind es, die infolge ihres kindlichen Nachahmungstriebes durch mitgefangene FKS veranlasst werden, das Schlucken nachzumachen, und so zur Entwicklung von Schluckepidemien beitragen können. Es handelt sich "um dumme Kerle, die mitmachen", wie Leppmann sich ausdrückt, um Oligophrene.

Bemerkenswert ist folgenderFall wegen der in kurzen Abständen auftretenden hartnäckigen Wiederholungen.

Fall 3970, geb.1912: 13 Straftaten: Rückfälliger Diebstahl, Münzverbrechen, etc. Debiler, haltloser, affekterregbarer, ethisch defekter Psychopath, der bei seiner Charakterschwäche, mässigen Intelligenz und excentrischen Impulsivität nicht erziehbar ist (Akte der KrBS). Der Gefangene soll früher auch Strümpfe und Teile von Lederpantoffeln verschluckt haben.
14/6.30. Von H'sand wegen FKSn eingeliefert.
19/6. Spontanabgang eines 6 cm langen Löffelstiels.
1/9.30. 3 Löffelstiele verschluckt. 11/9.Spontanabgang derselben. 17/10.30. 1 ca.10-11 cm langen Löffelstiel, 9 je 1 cm lange Schuhnägel verschluckt. Am 8/11.Stiel unverändert im Magen. 10/11. Löffelstiel aus dem Querdarm operativ entfernt.
Im März und April 1932 wegen Ärgers Fingerglieder abgeschnitten. Versuch einer Gasvergiftung, jedoch nicht ernst gemeint.
16/10.32. Löffelstiel verschluckt. 7/1.33.Spontanabgang 26/1.33. Abermals Fremdkörper verschluckt.Es wird Druckschmerz angegeben.Röntgen: Im Unterbauch mehrere Löffelstiele und grosse Platte, gerader Körper im Magen mit dem Ende im Oesophagus sitzend. Operation:Starke Verwachsungen. Durch Gastrotomie Entfernung eines 11 cm langen Zahnbürstenstiels, zweier Gabelteile, des Blatteils einer Gabel mit zusammengebogenen Zinken und einer Tischmesserklinge.
23/4.35. Sterilisiert.

Eine anatomische Regelwidrigkeit bedingte in folgendem Falle eine Katastrophe.

Fall 1460, geb. 1904. Delikte: Diebstahl, Raub. Debiler, haltloser, radikaler Psychopath, der wegen Haftpsychose und Hallucinationen vorübergehend im Irrenhause zur Beobachtung war. Homosexuelle Veranlassung, schlechte häusliche Erziehung. Mutter spätschizophren. Wüste Beschwerden ans Reichsgericht mit Selbstmordandrohung. 8/2.32. Wegen FKSn eingeliefert. Am 9/2. Ein Taschenschermesser spontan abgegangen (10 X 2,3 cm). 10/2. Röntgenologisch in Symphysenhöhe die andere Scherhälfte. Am 22/2. Spontanabgang derselben (52 Tage im Körper.
31/10.32. Aus Ärger über Besuchsverweigerung Schustermesser verschluckt. Selbstmordandrohung, wenn er nicht aus dem Lazarett entlassen und ins Irrenhaus verbracht werde. Tobsuchtsanfall. Verlegung ins Irrenhaus. Am 19/11.32. im Krankenhaus 1 Schustermesser entfernt. 26/9.1934. Gabel-und Löffelstiel verschluckt. Beschwerdefrei. 7/10.34. Schmerzen, Erbrechen, peritonitische Symptome.
Röntgen: Beide Löffelstiele direkt nebeneinander tief im Becken stehend. Bei Rectaluntersuchung sind die Stielenden zu palpieren, ausserhalb des Mastdarms, offenbar durch den Dünndarm perforiert, liegend.
Operation: Massenhaft eitrige Flüssigkeit im Bauchraum. Fremdkörper ragen mit der Spitze in die freie Bauchhöhle, Darmschlinge trägt Meckelsches Divertikel, 6 cm davor 6 mm grosse Durchstassungsstelle, aus der beide Stiele hervorragen. 11/10. Exitus.
Fall 965, geb. 1904. Mässig intelligenter, moralisch minderwertiger Psychopath. Delikte: Unterschlagung, Hehlerei, Diebstahl in oftmaliger Rückfälligkeit. Nach recht guter Schulbildung durch Schädelverletzung aus dem Gleise geworfen. Starker Raucher und Trinker. Vater Trinker, gutmütig, leichtsinnig. Mutter nervös, Grossmutter im Irrenhaus gestorben.
Schon anderwärts 2 mal wegen FKS operiert.
13/11. 1934. Da der Häftling wegen Tabakschiebens Arrest bekommt, schluckt er ein Messer. Ausdrücklich kein Selbstmordversuch. Leib weich, lediglich subjective Beschwerden. Röntgen: Mit Griff nach unten stehendes Messer. Operation: Entfernung eines im Magenschenkel senkrecht stehenden Messers, 23,5 cm lang, stark oxy -

diert. (15/11.34)
Bemerkenswert ist die ausserordentlich rasch erfolgte Oxydation des Metalls. Siehe diesbezgl. später!

Grundlegend für all diese ins geistig Krankhafte abgleitenden Zustände, bis zum ausgeprägten Bild einer Psychose, ist, bei FKSn die nicht mehr im Normalen liegende psychopathische und psychasthenische Veranlagung. (Vergleiche Hellstern!). Der weitaus grösste Vomhundertsatz aller FKS sind Psychopathen.
Fall 1785, geb. 1901. Absolut seinem momentanen Stimmungswechsel unterworfener Psychopath, offenbar nicht minder intelligent, mit phantastischen Ideen und depressiven Momenten. Er hat wohl das Gefühl, wenn ihm auch unbewusst, dass er, den Worten seines Vaters gemäss am besten tot wäre, ohne den Mut zu einem ernsthaften Selbstmordversuch zu finden (fachärztl. Gutachten). Starker Sexualtrieb. Gute Familie. Vater sehr streng, Mutter zu gütig.
Delikte: Unterschlagungen, Betrug, etc.
8/10.31. Wegen nicht durchgelassener Briefe Fremdkörper verschluckt: 3 ca. Daumennagelgrosse Glasstiele und 1 langen Löffelstiel. Am 13. und 15/10.31. Spontanabgänge der Gegenstände.
Kurzer Löffelstiel.
17.10.31. Wieder eine Reihe von Gegenständen verschluckt aus offenbarem Wunsch nach Abwechslung und stolz verkündet:" Diesmal müssen Sie mich operieren, jetzt hat es geschnappt!" Der Gefangene spielt Theater und stellt sich schwach, kein objektiver Befund.
3/11.31. Röntgen: 12 Löffelstiele bis zu 13,5 cm Länge, 3 Gabelstücke mit abgebrochenen Zinken, 1 Nagel-(vergl. Skizze nach diesem Röntgenbild!). 5/11. und 11/11. Spontanabgänge sämtlicher Gegenstände. (Ich komme in einem späteren Teil der Arbeit noch auf diesen ausser gewöhnlichen Fall zurück).
25/12.31. Wieder Fremdkörper verschluckt. Am 31.12. Spontanabgang von 3 Löffelstielen, 1 zusammengerollte Löffelblatt und 2 Messerklingen.
26/1.33. Bei Wiederverhaftung Fremdkörper verschluckt.
28/1. Röntgen: 5 Gegenstände zu erkennen. 30/1. Wieder ähnliches Theater wie früher. Es zeigt sich jedoch jetzt Bauchdeckenspannung, Temperatur und Puls sind

hoch.
Sofortige Operation: Trübe Flüssigkeit in der Bauchhöhle, fibrinreiche Beläge auf Magen und Darm. Im Magen 1 Löffelstiel, das andere unverrückbare Paket in einer Dünndarmschlinge, rechte Bauchseite in einer retrocoecalen Bauchfelltasche eingekeilt. Nach unten wird in der Bauchhöhle die Flüssigkeit eitrig. Im kleinen Becken Dünndarminhalt. Vom Bauchfell bedeckte Perforationsstelle 18-20 cm vor der Ileocoecalklappe, aus der eine schräg abgebrochene Tischmesserklinge schaut, Entfernung eines 13,5 cm langen Löffelstiels, eines 9 cm langen Löffelstiels, und eines 13,4 cm langen Messergriffs mit schräg abgebrochener Klinge (3,5 cm lang) und eines 3 und 7,5 cm langen Teils des Messerblatts. 2/2. Exitus.
(Gemäss der allgemeinen, wie auch bei diesem Gefangenen schon persönlich gemachten Erfahrung hatten die Fremdkörper nicht die operationspflichtige Länge (über 13,5 cm)). Das Verhängnis wurde durch einen annormal großen Recessus ileocoecalis inferior bedingt. In diesem war die Dünndarmschlinge mit den Fremdkörpern 12 cm tief hineingerutscht, (24 cm Darm!) festgeklemmt und an der führenden Stelle perforiert. Nur durch breite Eröffnung der Bauchfelltasche war die Einkeilung zu lösen.

Folgende 2 Fälle zeigen Übergangsstadien zu geistiger Gestörtheit.
Fall 3129, geb. 1876. 48 Straftaten, hauptsächlich Betteln, Betrug. Der Schutz des § 51 St.G.B. wurde durch einen Gerichtsentscheid versagt.- Schon mehrere Operationsnarben an Bauch und Leistenbäuge. Am 12/2.1934 wegen Löffelstielverschluckens im Krankenhaus operiert. Im April 34 1/2 Brillenglas verschluckt, im Juli 1934 wegen perforierten Messergriffs operiert. Vorübergehende Verlegung ins Irrenhaus.
12/5.35. Löffelstiel verschluckt, da er wieder ins Zentrallazarett zurückwill. Einlieferung am 7/6.1935. Beschwerden, hohe Temperaturen. Röntgen: Der Löffelstiel liegt in der rechten Bauchseite ziemlich weit hinten, mit dem runden Ende nach innen oben zeigend, ausserhalb eines bestehenden Narbenbruchs, von diesem aus nicht mehr fühlbar. Nach Breifüllung zeigt sich

der Magen ziemlich quer liegend und nach rechts verzogen. Es ist anzunehmen, dass der Bulbus und obere Schenkel des Duodenums sehr lang und auf Grund der früheren Operationen nach rechts verzogen sind und dass der Löffel sich in diesem Stück befindet.
30/5. Spontanabgang eines 13,5 cm langen Löffelstiels. Als der Gefangene hört, dass er wieder entlassen werden soll, droht er wieder zu schlucken.
23/6.35. Wiedereinlieferung. Röntgen: Metallschatten (Messer) sitzt im Oesophagus, und zwar an der Kardia bis zum 4.Intercostalraum. Das Messer ist durch den Laryngologen wegen Kardiakrampfes beim Extraktionsversuch nicht mehr zu entfernen. Starke Schmerzen, steigende Temperaturen, Schüttelfrost. 25/6. Röntgen: Messer ist, mit dem Griff nach unten, in den Magen gerutscht und der unterste Rand deutlich im Bruchsack fühlbar. Die Schneide des Messers steht ca 3/4 oberhalb der Kardia und ist schräg nach hinten geneigt. Bei Breikontrolle knickt die Klinge den Oesophagus im Winkel von 120 Grad nach hinten, wo die Messerschneide offenbar flach auf der hinteren, stark gedehnten Oesophaguswand aufliegt. Kein Anzeichen für Perforation. Tags darauf kann an eine Operation wegen schlechten Allgemeinbefindens nicht gedacht werden. Am 28/6. plötzlich schwere Blutung, Erbrechen von ca. 2½ l Blut. Vorübergehende Besserung. Lage des Fremdkörpers bei Röntgenkontrolle am 4/7. unverändert. Am 7/7. Exitus. Sectionsprotokoll: Der Tod ist durch Verblutung infolge ausgedehnter Schnittverletzung des Oesophagus durch ein verschlucktes Tafelmesser eingetreten. Nahe der Epiglottis ist die Speiseröhre in markstückgröße defekt, Im mittleren Teil und vorwiegend an der Cardia weist dieSchleimhaut schlitzförmige scharfe Durchtrennung auf. Im Bereich der Bifurkation ist die Wandung des Oesophagus und der rechte Bronchius völlig durchtrennt, sodass Verbindung zwischen Luftröhre und Speiseröhre besteht. Beim Druck auf den Magen quellen mächtige Blutmassen empor. Als Fremdkörper wird ein 24cm langes, 2,2cm breites Tafelmesser mit schwarzem Holzgriff sichtbar. In der Mitte der grossen Curvatur findet sich ein 2 Mk-Stück grosser Defekt der Schleimhaut, der frischeren Ursprungs ist, und

offenbar durch den Fremdkörper verursacht worden war. Bemerkenswert ist das hohe Alter von 59 Jahren und die Summe von Straftaten.

Als Seltenheit ist folgender geradezu krasse Fall, sowohl hinsichtlich der lange vorbereiteten Auswahl der Gegenstände als auch der operativen Schwierigkeit hervorzuheben.

Fall 3738: geb.1907. 10malig wegen Diebstahls, Betrugs, etc. bestrafter leichtsinniger, haltloser, insb. sehr anspruchsvoller, ethisch degenirierter Psychopath mit fraglichen Depressionen. Schon früher Suicidversuche durch Handgelenksschnitte (Akt.der Kr.BS).

Am 3.8.33. Messer, Drähte, Glas, eine Go-Spritze verschluckt. Im September u.a. 2 Tischmesserteile, 1 Löffelstiel, 4 verschiedene Drahtstücke und weitere 4 Drahtstücke im Dezember. Im Dezember Erbrechen. Im Oktober 4 oberflächliche Rasiermesserschnitte am Oberbauch sich selbst beigebracht. 13/3.34. Einlieferung ins Zentral-Lazarett wegen Schmerzen unter dem linken Rippenbogen. Röntgen: In aufgelockertem Zustand liegt ein Bündel Drähte schräg und quer im Magen. Ein Drahtstück findet sich in der rechten Bauchseite senkrecht stehend. 16.3. Spontan-Abgang eines 9 cm langen Drahtstücks.

24/3. Peritonitische Symptome. Operation: Fremdkörper liegen im Magen grösstenteils links hoch oben. Man fühlt Drahtstücke bis zum Pylorus kreuz-und querliegend. An 2 Stellen, und zwar an der Hinterwand dicht vor dem Pylorus und an der Vorderseite der großen Curvatur unterhalb des linken Rippenbogens 2 ca.hühnerei-grosse, entzündliche Geschwülste, welche mit der Nachbarschaft verklebt sind. Das Bauchfell ist gerötet. Die Drüsen der Umgebung sind hasel-bis wallnussgross vergrössert, entzündet. Bei Eröffnung zeigt sich, dass mehrere Drahtstücke an beiden Seiten in der Magenwand eingespiesst sind, und zwar am Pylorus oder von der grossen zur kleinen Curvatur ziehend, mehrere, die in den Tumor an der grossen Curvatur hineinragend. Einige der eingespiessten Drähte können nur dadurch entfernt werden, dass sie in der Mitte gefasst und ihre Schenkel zusammengebogen werden. Die volle Entleerung des Magens ist erst dann möglich, nachdem die Ma-

genwunde so weit erweitert ist, dass man mit der ganzen Hand eingehen kann, weil die z.T. hakenartig umgebogenen Stücke sich in der Schleimhaut immer wieder festhaken.
Es werden entfernt: 10 Drahtstücke von 11,5-15 cm Länge, 5 kleinere Stücke und 1 sogar 28 cm langer Draht der vierfach zusammengelegt ist, ferner ein 11,5 cm langer Griffel. Alle Drähte sind an beiden Enden nadelspitz zugefeilt. Aufenthalt im K. per 8 Monate.
29/5. Schmerzen beim Tiefluftholen in rechter Bauchseite. Röntgen: Rechts derWirbelsäule ein 10 cm langer Draht, der sich ausserhalb der Darmtrakts befindet. Kontrolle am 1.6. Status idem. 11.9. Der Draht hat seine Lage erheblich geändert und liegt schräg vor der Wirbelsäule.
17/9. Operation: Draht aus derGekröse-Wurzel entfernt.
Fall 2444 geb.1909. Infolge endogenverankerter Veranlagung charakterlich, ethisch und geistig minderwertiger Psychopath. Vater Säufer. (Akt.d.Kr.B.S.) 10 Straftaten: Diebstahl,Hehlerei usw.
Angeblich schon 1930 Gabelstiel verschluckt. Da der Gefangene wegen angeblicher Magenbeschwerden ins Lazarett will, schluckt er neuerdings. 18/2.31.Röntgen: Im Oberbauch 16 cm langer bleistiftdicker Metallschatten im Magen liegend. Bei Breikontrolle 2 Fremdkörper im Magen. Oeprative Entfernung. 30.4.31. Abermalige Einlieferung. Röntgen: 3 Löffelstiele im Magen,ebenso bei Kontrolle am 13.5.
15/5.31. Operation: Narbe gut verheilt,starke Verwachsungen. Entfernung von 3 Löffelstielen aus dem Magen bis zur Länge von 13,6 cm.
23.1.32. Wieder Fremdkörper verschluckt. Röntgen: Fremdkörper im Magen.
24.2.32. Röntgenkontrolle: 1 Löffelstiel waagerecht in Magenhöhe, in derselben Höhe ein Ring und noch ein dritter Gegenstand. Bei Kontrolle Status idem.
4.3.32. Erbrechen eines Messergriffs.
21.3.32. Da Berufungstermin erfolglos, eine ganze Gabel verschluckt. Röntgen: 3 Löffelstiele, ringförmiger Schatten, 1 ganze Gabel von derCardia schräg nach unten zeigend. Zinkenteil oberhalb des Zwerchfells in der Speiseröhre sitzend. Operation: Gabel sitzt hoch

oben im Magenfundus mit Zinkenteil im Oesophagus eingeklemmt, kann nicht durch die Magenwand bewegt werden, Eröffnung der vorderen Magenwand, Extraktion der Gegenstände. Länge der Gabel 20,5 cm. 31.5.32. Angeblich 2 kleine Stiele verschluckt.- Röntgen: 2 etwa 13 cm lange Löffelstiele im Magen liegend, am 13.6. unverändert. Die Operations-Erlaubnis wird verweigert, will lieber wieder ins Gefängnis. Am 21.6.32. und am 29.6.32. gleichbleibender Röntgenbefund.
2.2.34. Aus dem Untersuchungsgefängnis vorgestellt. Angeblich keine Fremdkörper mehr verschluckt und auch keine abgegangen. Röntgen: 1 Fremdkörper von ca. 13 cm Länge innerhalb des Magens und Zwölffingerdarms, ebenso bei Kontrolle am 13.2.34. Am 20.6.35. in Haft einen Löffelstiel erbrochen, der angeblich seit dem 12.5.32. im Magen gewesen sein soll. Am 24.6.35. Spontanabgang eines 2. Löffelstieles, stark oxydiert, morsch bricht leicht bei Druck.
6 x Fremdkörper verschluckt, 4 Operationen, angeblich längster Aufenthalt im Magen-Darm 37 Monate.
Im folgenden Fall liegt eine eindeutige Bevorzugung von Draht vor, worauf ich später noch zurückkommen werde.
Fall 2281 - geb. 1912. Degenerierter, haltloser Psychopath. Da er aus dem Krankenhaus nicht wieder ins Gefängnis zurückwill, schluckt er am 18.2.34. Fremdkörper mit der Absicht besserer Fluchtmöglichkeit. Erst nach 14 Tagen Schmerzen bei Tiefluftholen. Kann anfänglich nicht essen. Nach einigen Tagen treten Schmerzen bei Ruhe im leeren Magen auf, Besserung bei Nahrungsaufnahme. 6.4.34. Röntgen: 4 Fremdkörper, darunter eine 20 cm lange Sonde im Magen. Perforationsgefahr. 9.4.34. Operation im Krankenhaus Altona: Durch Gastrotomie eine 20 cm lange Bleisonde und 3 weitere Gegenstände aus Blei entfernt. 20.4.34. Flucht. 2 Stunden später Gefangennahme.
23.5.35. Nadeln oder Drähte verschluckt, diesmal ins Zentral-Lazarett eingeliefert. 25.5. Röntgen: Vor rechter Beckenschaufel 4 cm langer, 0,5 cm breiter Metallschatten, (Löffelstiel). Im rechten Oberbauch in fast querer Lage 1-10 cm langer, ganz dünner Schatten, am Ende leicht gekrümmt. Brei: Nur die mediale Spitze

des Drahtes wird vom Breischatten abgedeckt, sodass anzunehmen ist, dass der Draht den Bulbus nach hinten durchstossen hat und im retroperitonialem Fettgewebe oder Mesocolon gelegen ist. 1.6.35. Operation: Mässig zahlreiche Verwachsungen. Nach Mittelschnitt kommt ein eigentümlicher, bleistiftdicker dunkler Strang, welcher von der Vorderseite des Magens zur Rückseite des rechten rectus zieht, hervor. Bei Lösung vom Magen zeigt sich in seinem Inneren dunkles Granulationsgewebe, es ist vermutlich ein alter Perforationsgang. Entfernung im Ganzen. Ein zweiter derartiger Gang ist am ligamentum gastrocolicum. Der Fremdkörper findet sich unter dem Peritoneum, von der Hinterseite des Bulbus und innerhalb desselben verlaufend bis auf die Vorderseite der Niere. Extraktion mit der Pinzette. Patient bekommt kein Morphin. Im April 36. aus Protest gegen Entlassung aus dem Gefängnis-Lazarett wieder Fremdkörper verschluckt. Schmerzen seit Juni, öfters Erbrechen. 4.8.36. Röntgen: Mehrere, zum Teil aufgewickelte, dünne lange Drähte, von etwa 15 cm Länge und ein dickes ebenso langes Metallstück. 8.8.36. Röntgen: Drähte zu 1/3 im Magen (Pylorus-Kanal) und ragen weiter ins Duodenum hinein. Mögliche Perforation, oder Verdrängung der unverletzten Darmwand von innen. Keine Perofonitischen Erscheinungen. Operation: Unter der Leber sind sämtliche Eingeweide untereinander und mit der vorderen Bauchwand festverwachsen. Gastrotomie: Fremdkörper bis ins Duodenum hineinragend, im Dünndarm nicht fixiert. Extraktion.
Es werden entfernt: 1 Draht von 14,5 cm Länge und einer von 14 cm Länge, ein rückwärts gebogener Draht von 8,4 cm und ein 14 cm langer Stift.
21.9.36. Sterilisations-Antrag.
Fall 3210-geb.1912: Femininer, haltloser Psychopath. 20.3.30. zum 1.Mal Fremdkörper geschluckt. Mehrmalige Operations-Verweigerung. 17.11.30. operative Beseitigung eines Drahtes von 15,1 cm Länge und 3 Löffelstiele von 12, 7-8 und 13 cm Länge aus dem Magen.
8.1.31. Wieder Fremdkörper verschluckt. Röntgen: 2 Löffelstiele im Magen, ebenso am 18.2. und 24.3.32.- Am

24.3.32.- Am 24.3.32. Operation Magen-Leber-Verwach - sungen. Es werden durch Gastrotomie ein Gabelstiel von 15,3 cm und ein Löffelstiel von 13,3 cm und ein Holzspatel von 15,6 cm entfernt. Der Holzspatel war röntgenologisch nicht darzustellen.
13.1.33. Ausbruch aus dem 3.Gefängnis-Stockwerk.Raubüberfall und Gefangennahme. "Weil er so grosses Un - glück dabei hatte," schluckt er Fremdkörper.Bauchweich Röntgen: Ganze Gabel, mehrere Metallschatten von Löffelstielen. Ebenso am 19.2.- 3.3.33 Operation:Aus dem Magen eine ganze Gabel von 26,5 cm Länge, 5 Löffel - stiele von 13,5- 12,5-11,5- 10,5 und 10 cm entfernt.
5.11.35. Sterilisation.
31.3.36. Nach langem Hin und her endliche Operationseinwilligung zur Entfernung eines offenbar ausserhalb des Magens liegenden grossen Fremdkörpers, der angeblich schon vor 3 Jahren verschluckt worden war,ohne Beschwerden zu machen. Operation: Die grosse Curvatur ist mit dem Transversum verbacken. Im Querdarm liegt, frei beweglich, der 18,7 x 0,8 cm grosse metallene Rückenteil eines Kammes.

Aus diesen verschieden gefärbten Zuständen gei - stiger Annormalität geht das Fremdkörperschlucken auf die nichtigsten Anlässe hin als recht unzweckmässige Reflexhandlung hervor (Entlastungstrieb). In früheren Jahren war die Ursache des Fremdkörperschluckens häufig die Fluchtmöglichkeit. Zur operativen Behandlung dieser Leute war die Verlegung in ein nicht gesichertes Krankenhaus nötig. Dass trotz Sicherheitsmassnahmen Fluchtmöglichkeit bestand und ausgenützt wurde, lehrt die Erfahrung des Hafenkrankenhauses Hamburg zur Genüge. Die Wahrscheinlichkeit, früher oder später wieder verhaftet zu werden, hindert die Häftlinge nicht, Fluchtversuche auszuführen. Seit der Errich - tung gesicherter Lazarette entspringt das Fremdkörperschlucken den verschiedentlichsten Erregungszuständen, z.B. über Besuchsverweigerung (Fall 1460) wegen ver - worfenen Berufungstermins (Fall 2444) wegen nicht durchgelassener Briefe (Fall 1785)wegen Wiedergefan - gennahme (3210) usw.-
Bei den meisten Fällen tritt aber doch ein recht zweckmässiger Hintergedanke in Erscheinung, wie überhaupt

der gerne betonte Zwang Fremdkörper schlucken zu müssen, abzulehnen ist. Der Gefangene versteht es, sich brauchbare Gegenstände lange vorher zu beschaffen, was sich bei Zellendurchsuchung erweist, und in sorglicher Arbeit vorzubereiten: Fall 3738 der fast 20 Drahtstück nadelscharf zuspitzte. Dies ist auch der einzige Fall, der als ernstgemeinter Selbstmordversuch zu werten ist. Arbeitsscheue Elemente hoffen, durch Verlegung ins Lazarett faulenzen zu können, erwarten besseres Essen. Insbes. tritt neben dem reinen Verlangen nach Abwechselung derWunsch hervor, dass man sich mit ihnen beschäftige, "mal mit dem Arzt reden zu können". Diese Wünsche werden durch häufige Briefe bezeugt. Der Ärger und die Scherereien, die mitunter dem Pflege - personal erwachsen, mag als Rache gelten.
Viele Fremdkörperschlucker sind dumme Prahler, die sich den Mitgefangenen zur Geltung bringen wollen. Bei ihnen liegt meist ein kindlicher Spieltrieb zu Grunde, aus dem sich die gefährlichen Gewohnheitsschlucker entwickeln.

Das Streben, durch Fremdkörperschlucken den Schutz des § 51 St.G.B. zu erlangen, habe ich in den letzten Jahren nicht mehr finden können. Die Untersuchungen auf den geistigen Zustand wird aber nicht selten von der Staatsanwaltschaft oder vom Gericht veranlasst.

Es mag sein, dass das EKS ohne jegliche Rücksichtnahme auf das persönliche Gefahrmoment als eine willkommene Abwechselung in der Eintönigkeit des Haftlebens erachtet wird, wiewohl die Eingriffserlaubnis so und sooft im letzten Augenblick zurückgezogen wird. Der Mangel an konsequentem Mut zeigt sich auch bei den oft lächerlich ausgeführten Selbstmordversuchen durch oberflächliche Hautschnitte usw.- Bei Schwächlingen bleibt es eben bei schwachen Versuchen.

Röntgen-und Operationsbefunde beweisen, wie wenig ernst sie gemeint gewesen waren. Mit geringen Ausnahmen werden die Gegenstände mit dem stumpfen Ende voraus geschluckt und können so unbehelligt den Darmkanal passieren. Ein ganz vorsichtiger umwickelte die scharfen Kanten des Fremdkörpers mit Flicken (Fall des H.K.)

Der Zweck des Fremdkörperschluckens, in das La - zarett zu kommen, wird von einem gewissen Teil, je nach Schwere des Falls, erreicht.

Fischers Forderung, sich durch nichts imponieren zu lassen, ist Leitmotiv in der Behandlung dieser Leute. Massgebend für den Arzt ist der objektive Krank - heitsbefund.

Schumm erwähnt, dass unmittelbar nach dem Schlukken kolikartige Schmerzen mit Bauchdeckenspannung und Erbrechen auftreten können, die als peritonitische Symptome imponieren mögen. Der Gefangene 2281 gibt an, erst nach 14 Tagen Schmerzen beim Luftholen bekommen zu haben. Er hätte anfangs nichts essen können, nach einigen Tagen seien die Schmerzen dann bei leerem Magen aufgetreten und erst nach Nahrungsaufnahme wieder geschwunden.

Wie oft Simulation vorliegt, lässt sich schwer feststellen. Im allgemeinen vergehen die schockähnlichen Stadien bald. Dass scharfe Kanten oberflächliche Verletzungen verursachen können, die mit Blutungen einhergehen, welche im Stuhl, evtl. Erbrochenem nachzuweisen sind, ist nicht besonders beunruhigend. Der palpatorische Befund gibt in den seltensten Fällen Auskunft. Massgebend für die Beurteilung der Schwere des Einzelfalls ist das Röntgenbild, abgesehen von den dringenden Anzeichen einer Bauchfellentzündung. Dabei ist allerdings zu bedenken, dass Nicht-Metallkörper, wie Holz und Glas kaum röntgenologisch darzustellen sind. Goedel meint, dass sich diese Tatsache in interessierten Kreisen herumgesprochen habe. Tatsächlich finde ich im vorliegenden Material nur 3 x Holzgegenstände und 4 x Glas erwähnt. Bemerkenswert ist ein Fall des H.K., indem 12 gläserne Grockrührer neben einigen Löffelstielen verschluckt wurden.

<u>Länge der Fremdkörper:</u> Gemäss den jahrelangen Erfahrungen des Chirurgen des hiesigen Untersuchungsgefängnisses Herrn Dr. Schaedel ist das Höchstmass für die Darmdurchgängigkeit 13,5 cm. Grössere gestreckte Gegenstände können insbesondere die Dünndarmschlingen nicht mehr passieren und sind daher wegen Aussichtslosigkeit konservativer Behandlung baldmöglichst der Operation zu unterziehen.

Breite der Gegenstände: Die Breite derGegenstände spielt wegen der grossen Schwierigkeit beimSchlucken eine nur untergeordnete Rolle. Deshalb findet man fast stets die seitlichen Löffelkellenränder nach innen gerollt (Fall "K", ganzer Löffel von 21.5 cm Länge.) und die Gabel zinken nach der Mitte hin zusammengebogen. Die Hafenkrankenhaus-Sammlung enthält eine von einem Irrenhaus-Insassen verschluckten Hornkamm von 4 cm Breite und 16,7 cm Länge, der aus der Speiseröhre herausgezogen werden musste, und offensichtlich mit Gewalt hemunter gepresst war. (Fall gehört eigentlich nicht in diese Statistik). Von dem Gefangenen 2181 wurden nach 2 Tagen ein Scheermesser mit rundem Griffstück von 2,3 cm Breite spontan wiedergegeben, vom Fall 1460 2 Scheermesser gleichen Ausmasses ohne weitere Beschwerden nach einem Monat. Ein Bandeisen von 9 cm Länge und 2,5 cm Breite blieb im Magen stecken. Dieser Gegenstand wies scharfe Kanten auf (Fall Z 40).

Spitze und scharfe Kanten führen überhaupt erst zu den bedrohlichen Komplikationen einer Eingeweide-Durchstossung mit gegebenenfalls nachfolgender Bauchfellentzündung. Insbesondere bei Wiederholungsfällen, in denen schon früher mal eine Caparatonie nötig war, besteht infolge narbiger Verwachsungen erhöht die Gefahr, (z.B. Fall 3970). Ebenso bei anatomischen Regelwidrigkeiten, wie beim Meckelschen Divertikel (Fall 1460) und Dünndarmeinklemmung in einem zu grossen Recessus iliocoecalis inferior (Fall 1785).

Normaler Weise gibt der Körper die Gegenstände durch den After wieder. Ein Beweis, dass nur feste gestreckte Körper 13,5 cm nicht überschreiten dürfen, liefert der Fall "W": 6 Tage nach Verschlucken wird spontan eine 20,5 cm lange, dickgliederige Kette mit einem 7 cm langen Stift dran zum Vorschein gebracht (27,5 cm!), 4 Tage später 2 je 13 cm lange Löffelstiele. DerGefangene H.2137 fördert nach 48 Tagen einen 13 cm langen Löffelstiel zutage, Fall 3129 nach 82 Tagen einen 13,5 cm langen Löffelstiel, der Schutzhaftgefangene Bln. nach 36 Tagen einen 13,3 cm langen Löffelstiel. Fall 4259 nach 43 Tagen einen 13,4 cm langen Tafelmessergriff mit schief abgebrochenem spitzem Klingenteil. Ein Fremdkörper von völlig gleichem

Aussehen wurde dem oftmaligen Schlucker 1785 zum Verhängnis (siehe früher). Ja auch die Gefangene 3909 gebiert ohne Komplikation 17 häckchenförmige Steckna - deln, 2 Löffelstiele von 12,9 cm und 13,2 cm Länge. Das wirklich schlagendste Bild, was alles vom Magen - Darmtrakt hinsichtlich Länge und Menge befördert wird, liefert Fall 1785, ein Musterbeispiel, auf das man jeden Zweifler hinweisen kann: Am 17.10.und 1.11. wur - den zusammen nicht weniger 17 Besteckteile bis zur Länge von 13,5 cm und ein grosser Nagel verschluckt, die laut Röntgenbild vom 3.11. alle bereits das Colon erreicht hatten. Glatter Spontanabgang am 5.und 11.11.

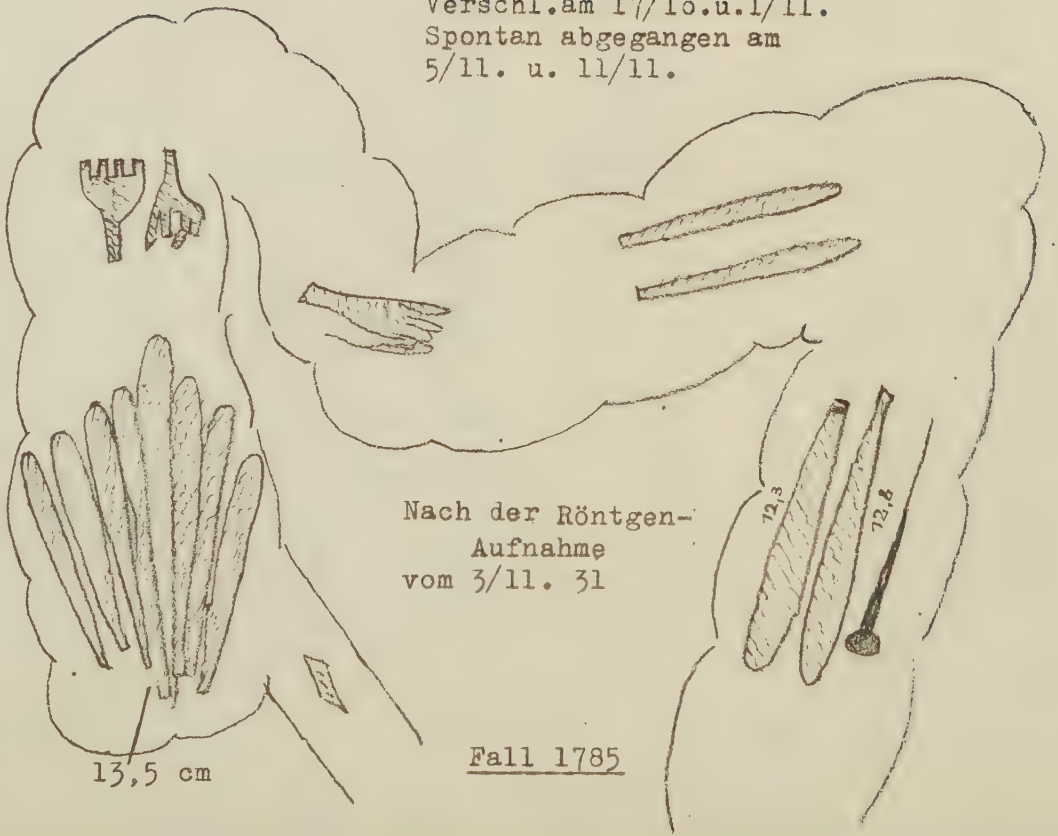
Erbrechen verschluckter Gegenstände: habe ich nur 4 x verzeichnet gefunden. In 2 Fällen war es ein 11 cm langer ziemlich dicker Messergriff von kurzfristiger Aufenthaltsdauer im Körper (Fall "H" und 2444), das andere Mal war es ein Löffelstiel und eine geschlos - sene Drahtschlinge (Fall 2444, angeblich nach 3 Jah - ren, und Fall des H.K.)

Verweildauer im Körper. Die Zeit, welche Fremd - körper zu ihrer Darmdurchwanderung beanspruchen, ist völlig verschieden. 2 nicht ganz kontrollierbare Angaben in je einem Fall des Gefangenen 2444 und 3210 besagen über 3 Jahre. Zeiträume von mehreren Monaten sind gar keine Seltenheit.

Chemische Veränderungen verschluckter Gegenstände. Es sind zwar in eben erwähntem Fall 2444 starke Zersetzungserscheinungen des Löffelstiels festzustellen, aber ähnliche Erscheinungen zeigen sich auch schon nach verhältnissmässig kurzer Zeit. Der Fall 528 wird nach 24 Tagen aus dem Pylorus der Rest eines Schustermessers von der ursprünglichen Länge von 17,5 cm entfernt, der bis auf die Grösse von 11 cm ver - daut worden war. Das Metall ist, wie Pappe, förmlich aufgeweicht, lässt sich leicht biegen, bricht und wird erst an der Luft wieder fest. Ob in solchem Fall be - sondere Magensaftverhältnisse mitspielen, bleibt da - hingestellt.

Für vorliegende Arbeit habe ich hauptsächlich operative Fälle für die fallgemässe Aufzählung her - ausgesucht, da sie der eigentliche Krebsschaden des Fremdkörperschluckens sind. In etwa 2/5 der gesamten

Verschl.am 17/1o.u.1/11.
Spontan abgegangen am
5/11. u. 11/11.



Nach der Röntgen-
Aufnahme
vom 3/11. 31

Fall 1785

operativen Fälle mussten die Gegenstände durch Duodenotomie, in weiteren 2/5 durch Gastrotomie, der Rest durch Eröffnung des Dünndarms entfernt werden. Gegenstände, die das Höchstmass überschreiten und die Pförtnerpassage gerade noch überwinden, sperren sich im absteigenden Teil des Zwölffingerdarms, da dieser kein Gekröse besitzt, sondern mit seiner Unterlage fest verwachsen ist. Nach Oehlecker ist die hauptsächlichste Durchstossungsstelle der Übergangsteil vom senkrechten zum wagerechten Dünndarmschenkel. Die Magenöffnung ist der zuverlässigeren Sterilität wegen vorzuziehen.

Aus dem Gefängnis wird der stark psychopatische Gefangene 619 wegen Verschluckens eines ganzen Tischmessers und eines Löffelstiels, eines kleinen Nagels und eines kleines Glasstücks eingeliefert. Röntgen: Im linken Oberbauch von der Magenblase an, nach rechts unten, bis in die Nabelhöhe reichend, das Messer mit Griff nach unten zeigend, daneben ein Löffelstiel. Befund: Die Fremdkörper sind aus Magen und Pylorus, haben den senkrechten Schenkel des Duodenums passiert und haben diesen entsprechend gerade gestreckt. 10.1. Operation: 19.1. Kleiner Medianschnitt, sodass sich gerade noch die Messerspitze vor die Bauchhöhle luxieren lässt. Incision der vorderen Magenwand und Extraktion eines 20 cm langen ganzen Messers und eines 13 cm langen Löffelstiels. 21.4. Spontanabgang von 2 Löffelstielen, die offenbar erst vor kürzerer Zeit geschluckt worden waren.

Fall "G 48" Immer wiederkehrende Haftspychosen mit hysterischen Erscheinungen. Ausbruchsverdacht. Am 16.3.37. Fremdkörper verschluckt. Am 23.6.37. Röntgen: Löffelstiel 15 cm lang, rechte Bauchseite, im Magen und Bulbus duodeni liegend. Entfernung durch Gastrotomie. Erwähnenswert wegen seiner Motivierung und der begleitenden Umstände ist folgender Fall:

Fall "R 2527" geb. 1912. 2 x vorbestraft. Delikte: Diebstahl-Zuhälterei. Schon während früherer Haft häufige Klagen wegen Magenbeschwerden; um wegen des zunehmenden Magenleidens ins Lazarett zu kommen, schluckt er am 25.4.36. mehrere Besteckteile. Gleichzeitiger Suicidversuch. Röntgen am 29.4.: Querliegend im Magen

eine ganze Gabel mit dem stumpfen Ende pyloruswärts, darunter die 2 Hälften einer 2.Gabel. Während früher der Magen bis ins kleine Becken hinabhing, ist er jetz durch die im Pylorus festsitzende Gabel gehoben, sodas er nicht bis an den Nabel herunterreichte und quer - liegt. Kein Perforationsverdacht, daher Entlassung. 30.4. Wiedereinlieferung: Peritonitische Symptome, angeblich infolge von Misshandlung. Operation. Kleine Incision i.d. Bauchhöhle, wenig grünes Exsudat. Die Magenwand ist unter dem linken Rippenbogen stark gerötet, das Netz herangezogen und verklebt. Oberhalb der Verklebung sieht man 4 kleine Löcher in der Ma - genwand, Excision dieser schwer phlegmonösentzündlichen Stelle. Entfernung eines Gabelstiels aus dem Magen von 12,2 cm Länge, einer ganzen Gabel von 19,3 cm.Länge, welche fest im Duodenum und Pylorus eingeklemmt ist und deren Zinken frei in das Magenlumen ragen, und des Zinkenteils der 2.Gabel, 8,1 cm lang, 2,5 cm breit, sehr scharfe Spitzen. An der Übergangsstelle vom Magen ins Duodenum findet sich tatsächlich ein Ulcus. Auffällig ist, dass die bei einer spontanen Perforation sonst stets vorhandenen Schutzvorgänge des Körpers: Verklebung mit dem benachbarten Organ oder Deckung der Perforationsstelle mit dem Netz fehlen. Exitus am 4.5.36.-
Der Sektionsbefund sagt, dass die Bauchfellentzündung von kleinsten Durchtrennungen der Magenwand durch Gabelzinken ausgegangen sein kann. Histologisch wird festgestellt, dass die Gabelzinken auch die Bauchwand bis zu den untersten Curisschichten verletzte.

Wenn eine scharfkantige Bruchstelle führt, ist die Gefahr des Festhakens gross. Ein derartiger Gegenstand braucht nicht das Höchstmass zu überschreiten, um trotzdem zu Komplikationen zu führen.
Fall 4916. Verschluckt im Januar 1934 mehrere Gegenstände und wird ins Lazarett eingeliefert. Röntgenbefund: 13.3. rechts vom Nabel, senkrecht stehend, ein ca.12 cm langer Löffelstiel mit der Bruchstelle nach unten, daneben spitzwinklich ein ca. 7 cm langer Metallschatten, ebenso bei Röntgenkontrollen am 19.3. und 5.4.- Keine Fortschritte durch Diät. 25.4. Operation: Die Darmwand zeigt an der Vorderseite nur ge-

ringe entzündliche Veränderungen, die Rückseite aber ausgeprägte Infiltrationen bis zur Leber hinauf. Er - öffnung des Duodenums am Winkel der pars descendens und Entfernung des Fremdkörpers. Löffelstiel 13,3 cm lang, eine Nagelfeile von 7 cm. Aufenthalt im Körper 3½ Monate. Über 20 cm lange Fremdkörper können meist die Magenkrümmung nicht durchgehen, ragen dann in die Speiseröhre hinein und können dort durch Stichverletzungen Entzündungen der Umgebung hervorrufen (Medi - stinitis), und zu Blutungen führen. Diese sind meist harmloser Natur, können aber auch tögliche Ausmasse annehmen, wie Fall 3129 (s.Früher) beweist.
Bei Fall 2444 wird aus dem Magen eine ganze Gabel entfernt, deren nachkommender Zinkenteil eine Entzündung des Oesophagus und Mediastinitis verursacht hatte. Bei Fall 965 wird durch Gastrotomie ein 23,5 cm langes Messer entfernt, bei Fall "G 7550" wird aus dem Magen ein ganzes 23,cm langes Tafelmesser entfernt.

Wie schon aus vorhergehenden Fällen ersichtlich, behindern post operative Vernarbungen den Abtransport unverdaulicher Gegenstände wesentlich, selbst von verhältnismässig geringerer Grösse, besonders, wenn sie in grosser Menge einverleibt werden. Unter Umständen können sie sich zu einer unbeweglichen Masse verhaken, die durch ihr Gewicht eine erhebliche Magensenkung verursachen, und im Falle einer Operation erhebliche technische Schwierigkeiten bereiten.

Fall 105, geb.1895: starker Neurasteniker, Sittenverbrecher.
24.10.34- Angeblich 90 Eisenteile, wie Schrauben, Nägel, verschluckt. 19.11. Nach Glycerineinlauf harter Stuhl. 24.11. Röntgen: Hinter der Symphyse sieht man einen grossen runden Fremdkörperschatten. Nach Brei zeigt sich, dass es sich im Magen befindet. 1.12.Teerstuhl, Blut +++, Hb. sinkend, 5.12.gutes Allgemeinbefinden, keine besonderen Beschwerden. Patient hat jetzt 8 Tage in rechter Seitenlage gelegen. Röntgen: Hinter der Symphyse wieder der runde Metallschatten, der aus zahllosen kleinen Stückchen besteht. Unterhalb der - selben befinden sich in den Darmschlingen, in dem tieferen Kleinbecken, 3-4 hakenförmig zusammengebogene Drahtstücke, 17.1. Von früher spontan abgegangenen

Fremdkörpern nichts bekannt. 2 Drahtschlingen von je 5 cm Länge mit zusammengebogenen Enden entleert. 18.5. Operation: Unmittelbar vor der Operation wird der Tisch im Winkel von 45 Grad steil gestellt. Der Oberkörper durch Hochklappen der Rumpfplatte weiterhin erhöht, in der Hoffnung, so alle Fremdkörper am tiefsten Punkt zu sammeln. Die Leber ist in dieser Lage bis Fingerbreite an den Nabel herangerückt. Die kleine Curvatur zieht in Nabelhöhe quer über die Wirbelsäule und senkt sich von dort weiter hinab. In dieser Antrumausbuchtung fühlt man den ganzen Fremdkörperklumpen. Ausstreichen des präpylorischen Teiles und hervorholen des tiefsten Teiles der Fremdkörper vor den Bauch.- Gastrotomie: Grosser Teil der Fremdkörper miteinander verhakt und verfilzt. Magenwand zeigt äusserlich keine Veränderung. Die Schleimhaut ist im unteren Teil, wo die Fremdkörper gelegen haben, schwer verändert, dunkelrot gefärbt, stark geschwollen, Magenwanddicke, 1,5 cm, wovon der grösste Teil auf Schleimhaut verfällt.
Die Fremdkörper sind: 74 Metallstücke (zusammengebogene Drahtstücke einer Matratze, einige Nägel, ferner 4 - 1 Pfg.-Stück.- grosse Glassplitter, ein Kupferpfennig. Gewicht dieser Fremdkörper: 335 Gramm, sodass mit den inzwischen abgegangenen über 10 Fremdkörpern etwa 90 Teile verschluckt sein dürften, im Gesamtgewicht von ca.375 Gramm. Aufenthalt im Körper 3 Monate, keine Nachbeschwerden.
Einen 2.Bericht kann ich der Ähnlichkeit halber gekürzt wiedergeben:
Fall "Wchmann" (Sammlung des H.K.) aus dem Untersuchungsgefängnis ins H.K. überwiesen: Angeblich am 10.5.26. mehrere Gegenstände, darunter lange spitze Drahthaken verschluckt. 31.5. Bluterbrechen, Blut im Stuhl. Röntgen: Grosser Drahthaken in der Speiseröhre, Entfernung. 10.7.26. Operation: 17 Fremdkörper im Magen, bis zu 10 cm langen Drahtstücken. Insgesamt 25 Teile, Gewicht: 218 Gramm. Darunter 12 Drahthaken, ein Löffelblatt, ein Löffelstiel, 2 Bandeisen. Spontan abgegangen: Ein spitzer langer Drahthaken, 3 Nägel, 4 Stiele. Aufenthalt im Körper 40 Tage.

Öfters kommt es bei Durchstossungen der Fremd - körper zur Bildung von abgekapselten Abscessen. Diesem Zustand geht in den meisten Fällen durch längerzeitigen Druck des Fremdkörpers auf einen bestimmten Teil des Verdauungskanals eine Entzündung voraus, welche auch durch die Wand des Hohlorgans in die umliegende Umgebung dringen kann. Die Durchstossung kann allmählich erfolgen, aber auch durch sehr kräftige Darmbe - wegungen oder äussere Gewaltanwendungen plötzlich vor sich gehen.

Fall 575: Es werden nach einmonatigem Aufenthalt eines 12,3 cm langen, spitzen Löffelstiels allmählich Beschwerden geäussert und es zeigt sich eine 5Mk.Stck. grosse Resistenz im rechten Unterbauch ohne entzünd - liche Erscheinungen. Der Gegenstand liegt nach Tast - und röntgenologischem Befund unmittelbar unter der Oberfläche. Bei der Operation zeigt sich das Muskel - und Fasciengewebe gleichmässig schwielig und in tie - feren Schichten auch sulzig verändert. Extraktion des Löffelstiels aus ca. 5 cm Tiefe. Auskratzen des obe - ren Teils der Abscesshöhle.

Wegen Perforationsgefahr war die Operation bei dem seltenen Fall eines wiederholten Glasschluckers ange - zeigt.

Fall U.G.1917: Mit 17 Jahren durch Fenstersturz Schä - delverletzung; angeblich schon 5 x operiert wegen FKS, darunter wegen eines 10 cm langen, im Magen festge - spiessren Glasstabs. 1.11.37. wegen schlechter Nach - richten von zu Hause ein 25 cm langes, 1 cm dickes, flaches Eisen und die Klinge eines Rasiermessers, die er vorher an diesem Eisen stumpf gemacht haben will, verschluckt. Operationssucht: Angaben erweisen sich bei Operation als Schwindel. Relatives Wohlbefinden. 4.11.Röntgen: In Dünndarmgegend, ca 20 cm langer, 1 cm breiter Fremdkörperschatten, 4 cm vom Breit bedeckt. Perforationsverdacht, keine weiteren Fremdkörper zu se - hen. Operation: Verwachsungen. Durch Magenöffnung: ein hölzener Zahnbürstenstiel von 11,4 cm und nach Wund - erweiterung ein Glasstab von 13,2 cm Länge und 1,1 cm Breite mit schiefer Spitze und der Rückenteil eines Metallkamms von 11,8 cm x 0,8 cm entfernt. Letzterer Gegenstand war allein röntgenologisch darstellbar.

In 7 Fällen, in denen Drähte verschluckt worden waren, mussten 5 unbedingt operativ behandelt werden. Das Hauptpassage-Hindernis stellte das Bulbusknie dar. Die Gefährlichkeit der Drähte liegt in ihrer Spitzigkeit und Dünnheit und oft angelhakenförmigen Krümmungen. Gerade bei Drahtschluckern ist es auffällig, dass sie in Wiederholungsfällen immer wieder auf dasselbe Material zurückkommen. (s.Fall 2281 und Fall 3778).

Fall 1451: geb.1899. Delikte: Diebstahl im Rückfall. 10.11.37.Fremdkörper, angeblich wegen fortgesetzter Misshandlung verschluckt. Gutes Allgemeinbefinden. Röntgen: Hakenförmiger Draht, dessen kürzerer Schenkel im Bulbus und Pylorus liegt, etwa 7 cm lang, während der längere in einem Winkel von 80 Grad zu diesem stehend mit 12 cm langem Teil im Duodenum liegt. Bei Kontrolle am 26.11. dasselbe Bild. 27.11.Operation: Am Bulbus duodeni oben,etwas nach hinten fühlt man die kleine Drahtspitze, welche ca.1 cm von innen denDarm durchbohrt hat. Umgebung leicht gerötet. Die Drahtspitze wird gefasst und der Draht vorgezogen.Dann sitzt er fest und zwar fühlt man am Duodenum, dass er an seinem unteren Ende aufgerollt ist und sich an der Hinterwand des Duodenums festgehakt hat. Magenincision 3 Fg.breit vom Pylorus und Lösung der Verhakung.

Fall 181: geb.1899. Die Operation erbringt einen 10 cm langen Draht, der zwar frei beweglich in den Bulbus hineinragt, aber mit seinem hinteren Ende an der grossen Curvatur eingespiesst ist.

Fall "C2086" geb.1904: Schon 6 x wegen Fremdkörperschluckens operiert (FKS). Im Hafenkrankenhaus Draht aus der untersten Duodenum und obersten Jejunumschlinge entfernt. Nach 2 monatigem Aufenthalt im Körper wird eine unter dem Rectus rechtsseitig liegende 14,1 cm lange Packnadel aus einem Abkapselungs-Abscess herausgeholt.

Der Dickdarm stellt eigentlich für Fremdkörper kein Hindernis mehr dar. Appendiciten sind, wie auch Oehlecker feststellt, nicht auf verschluckte Fremdkörper zurückzuführen. Eine letzte Klippe ist die Ampulla recti. Durch Stauung der Kotmassen dort kön-

nen kleinere, spitze Gegenstände quer gedreht werden und sich dann in die Darmwand einbohren.Es wird in diesen Fällen meist wegen Stuhlbeschwerden evtl. Beschwerden beim Sitzen geklagt. In den Stühlen ist frisches Blut. Hubrich beschreibt einen Fall, bei welchem 3/4 Jahr nach Verschlucken eine quergestellte Haarnadel aus dem Rectum herausgezogen wurde. Die Sammlung des U.G. hat lediglich einen derartigen Fall aufzuweisen. Bei dem Gefangenen "G" wird eine etwa 7 cm lange Stopfnadel, die er im Februar 1927 verschluckt hatte, im November 1928 aus demEnddarm entfernt.

Die Hervorhebung der operativen Fälle,die vornehmlich ihrer behandlungstechnischen,wie auf finanziellen Seite wegen zu beachten sind, könnte ein falsches Bild von der Behandlung von Fremdkörperschlukkern geben. Den 38 operativen Einzelfällen des U. G. stehen 36 Fälle von Spontanabgängen gegenüber. Diese Zahlen geben keineswegs das Verhältnis der beiden erforderlichen Behandlungsarten wieder. Eine Menge von Fremdkörperschluckern wurde auf eigenen Wunsch und da auf Grund des röntgenologischen Befundes keine Gefahr bestand, ohne abgeschlossene Behandlung zur Arbeit (vielfach nach auswärts) entlassen. Wegen der schon beschriebenen Beschickungsart des Lazaretts bekommt man nur die dringlichsten Fälle zu Gesicht. Da sich Gefangene durchaus nicht immer sofort, manchmal erst nach Monaten melden, wenn Schmerzen auftreten,oder sie es für nötig halten, diese "Reserve anzugehen", bleiben viele schnell von selbst erfolgte Abgänge unbekannt. In Anbetracht dieser Gründe lässt sich ersehen,dass die Spontanabgänge von Fremdkörpern die operativen Fälle überwiegen.

Die wichtige Nutzanwendung aus der Fülle von Erfahrungen mit FKS in Gefängnissen liegt in der richtigen Beurteilung von FKS im öffentlichen Leben. Es ist noch nicht so sehr verwunderlich, dass beim Publikum eine übertrieben bange Vorstellung herrscht,mit der man dann den Arzt bestürmt.(Besonders,wenn es sich um Kinder handelt.) Geradezu erstaunliche Unkenntnis trifft man in juristischen Kreisen an. Die Leidtragenden dabei sind hauptsächlich Hals-und Zahnärzte,denen auf Grund eines Missgeschicks ein kleiner Fremdkörper

(Hohlnadel,Zahnersatz etc.) in den Schlund des Patienten geraten ist. Sie werden oft wegen angeblicher Beschwerden zu jahrelangem Schadensersatz verurteilt, während der Fremdkörper schon nach wenigen Tagen den Körper verlassen hat. (Unbewusste Förderung der Rentenneurose!)- Selbstverständlich ist die Möglichkeit einer Aspiration in jedem Falle auszuschliessen. Ein Sachverständigenurteil anzufordern oder wenigstens eine Röntgenaufnahme anfertigen zu lassen, wird in vielen Fällen zu grossem Schaden der Beschuldigten versäumt.

Die erstrebenswerte Behandlung von FKS ist die konservativ diätätische. Am besten hat sich bei Bettruhe flüssigbreiige Kost, hauptsächlich Kartoffelmus, Sauerkohl und ähnliches imVerein mitAbführmitteln unter möglichst langer klinischer, strengster Beobachtung bewährt. Das von Nürnberg erwähnte Aufpäppeln mit Milch, Wein, Ei und Zucker dürfte nur zu neuen Fremdkörperschlucken ermuntern.

In Anbetracht der ganz erheblichen Unkosten,die durch das FKS entstehen, abgesehen von dem Arbeitsausfall, insbes. durch Beobachtung, durch Röntgen-Durchleuchtung und Aufnahme und ständige Kontrollen, durch Operation und Pflege, haben eine Reihe von Massnahmen am hiesigen U.G. zu guten Erfolgen geführt. Herr Dr.Schedel hat es auf eigene Faust schon vor der Machtübernahme begonnen, zweckentsprechend gegen die FKS vorzugehen. Das offizielle Abrücken von der Humanitätsduselei der Nachkriegszeit, seit 1933, hat [illegible] Aerzten und Pflegepersonal die nötige Rückendeckung zu strengstem Vorgehen gegen die FKS gegeben,sodass heute gesetzliche Vorschläge, wie sie Nürnberg,Leppmann und Fischer befürworteten,garnicht mehr nötig erscheinen. Der starke Rückgang gibt dem unbedingt recht.

Folgende, zur Bekämpfung des Fremdkörperschluckens angewandten Methoden, die sich am hiesigen U.G.bestens bewährt haben,verdienen des Interesses in gerichtsärztlichen Kreisen.

a) Alles,was den Aufenthalt im Lazarett wünschenswert macht, wird versagt.

1.strenge Isolierung.

2.Entfernung sämtlicher Gegenstände aus dem Zimmer bis

auf die Matratze.
3. Als Essgeschirr dient nur eine Schüssel und ein Löffel aus Pappmachè (merkwürdigerweise werden gera - de diese beiden Massnahmen als bes.unangenehm empfun- den.)
4. Es wird gar kein Aufsehens von der Sache gemacht, sondern wird so getan, als wenn es eine belanglose Al- bernheit wäre, wobei man natürlich sehr scharf auf - passen muss, dass keine Perforation passiert.
5. Die Beobachtung wird ziemlich lange ausgedehnt.
6. Und vor allem, es werden niemals schmerzlindernde Mittel gegeben, weder vor noch nach der Operation. Es geschieht dies nicht aus Brutalität, sondern weil es gilt, eine Wiederholung des Schluckens zu verhindern, denn bei jedem Mal steigen die Schwierigkeiten der Operation, die Aussichten auf eine Perforation und da- mit die Lebensgefahr.

Ein Gefangener, der im Wiederholungsfalle schluckt, verrät geistige Minderwertigkeit im Sinne des Erbge - sundheitsgesetzes.- Es wird gegen ihn der Antrag auf Sterilisation gestellt.

Zusammenfassung!

1. Gemäss den bei einer grossen Anzahl von Fremdkörperschluckern erhobenen Aufzeichnungen über die seelischen Grundlagen, ergibt sich, dass das Fremdkörperschlucken eine Erscheinung abwegiger Triebe ist.
2. Das Fremdkörperschlucken ist an den mit dem Hamburgischen Zentral-Lazarett zusammenarbeitenden Gefangenenanstalten in den letzten Jahren erheblich zurückgegangen. Die Verbringung der Gefangenen in ein gesichertes Lazarett ist Vorbedingung.
3. Der Erfolg dieses Rückgangs ist auf strengste Massnahmen zurückzuführen, die eine eigene gesetzliche Regelung im Sinne eines geregelten Strafvollzuges erübrigen.
4. Eine Operation ist nur unter zwingenden Umständen angezeigt: bei einer zum Verdauungskanals pathologischen Lage des Fremdkörpers (Querstellung - Spitze voran), bei Überschreitung der Höchstlänge von 13,5 cm, bei Zusammenballung von Gegenständen, bes. im Magen, bei Anzeichen einer Bauchfellentzündung.
5. Die Erfahrung mit Fremdkörperschluckern in Gefängnissen sind als unfreiwillig-freiwillige Experimente zur harmlosen Begutachtung von zufällig ähnlichen Ereignissen der täglichen Praxis zu verwerten,- insbes. auch bei der Beurteilung von Schadensersatz-Klagen vor Gericht.

Literatur-Nachweis.

Goedel : Zur Mentalität der Fremdkörperschlucker, speziell der Gefängnisinsassen.-Deutsche Zeitschrift für die gesamte Medizin Bd. 19/S.63 Jahrg.1932.

Fischer : Über Selbstverletzungen.-Zeitschrift für gerichtliche Medizin 1923, 3-Heft 2/S.113.

Hellstern : Beitrag zur Frage der Selbstbeschädigung bei Gefangenen.- Deutsche Zeitschrift für gerichtliche Medizin Bd.4 Heft 3/1924.

Herlinger : Fremdkörper in den oberen Luftwegen und im Oesophagus.- Zentralblatt für Chirurgie 1928. No.39 S.2481.

Hubrich : Fremdkörper im Rectum.- Deutsche Medizinische Wochenschrift 1928 S.478.

Kaldewey : Zur Psychologie derFremdkörperschlucker - Journal für Psychologie und Neurologie. Jahrg.1930 Bd.41/S.309.

Leppmann : Beitrag zur Selbstbeschädigung bei Gefangenen. - Aerztliche Sachverständigenzeitung 1931 No.10.

Lochte : Referat.- Vierteljahresschrift für gerichtliche Medizin Bd.45/S.261 Jahrg.1913.

Nürnberg : Selbstverstümmelung zur Erzielung von Haftunfähigkeit oder von persönlichen Vorteilen in Strafanstalten.- Deutsche Zeitschrift für gerichtliche Medizin Bd.17/S. 431 J.193

Oehlecker : Perforierter Fremdkörper als Ursache einer Cholecystitis.- Archiv für klinische Chirurgie.1924/128/S.437.

Schum : Verschlucken von Fremdkörpern und anderen Arten von Selbstbeschädigung.- Bruns Beiträge. Bd.152/S.276 Jahrg.1931.

Tintemann: Über Selbstverstümmelungen in ihren Beziehungen zu den abnormen Zuständen des Geisteslebens. Vierteljahresschrift für ger.Med. Bd.45/S.277.Jahrg.1913.

Trömmer : Selbstverstümmelung und Selbstbeschädigung.- Zeitschrift für Neurologie und Psychoartrie. Bd.99/S.276,Jahrg.1935.

Für die freundliche Überlassung des Themas und das weitgehende Entgegenkommen bei der Arbeit sage ich Herrn Obermedizinalrat Dr. Koopmann meinen bestenDank, ebenso den Herren: Professor Dr. Brütt, Leiter des Hafenkrankenhauses Hamburg, Professor Dr. Callsen, ärztl. Leiter des Lazaretts des Untersuchungsgefängnisses Hamburg, Herrn Obermedizinalrat Dr. Meywerk, Leiter der Kriminalbiologischen Sammelstelle am Untersuchungsgefängnis Hamburg,wie insbesondere Herrn Dr. Schaedel, Facharzt für Chirurgie am Untersuchungsgefängnis, dem ich eine Fülle von Anregungen verdanke.

Lebenslauf!

Volontärarzt Max H u b r i c h , Sohn des Oberforstmeisters Max Hubrich, Günzburg a.d.Donau bei Ulm wurde am 14.1.09 in Freyung (Böhmerwald) geboren. Er besuchte nach 4jähriger Volksschule nacheinander die Gymnasien Bamberg, Landshut, Straubing und Günzburg, wo er 1930 das Abitur machte. Seinen medizinischen Studien oblag er in München, Königsberg, Berlin und Hamburg. Staatsexamen 1935/36 in Hamburg. Während seines Medizinalpraktikantenjahres war er 1/4 Jahr auf der Chirurgie, 5 Monate auf der Frauenklinik und 4 Monate auf der Medizinischen Klinik tätig.- Bestallung am 2.4.37. Seit dieser Zeit war er als Volontärarzt 1½ Monate auf der inneren Abteilung, 8 Wochen beim Militär, 2 Monate Teilnehmer am grossen Tropenkursus für Aerzte am Tropen-Institut Hamburg, ½ Jahr an der Universitäts-Kinderklinik Hamburg, 4½ Monate an der Universitäts-Hautklinik Hamburg und seit dem 15.11.38. an der Orthopädischen Universitätsklinik. Die militärische Herbstübung 1938 machte er als Abteilungsarzt mit, während der restlichen Zeit hat er praktische und Spezialärzte vertreten.